

Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica

Carla Rocha* / Eleonora Costa*

* Universidade Católica Portuguesa, Braga

A obesidade é um problema de saúde pública considerando a sua elevada prevalência, a dificuldade no controlo e o elevado índice de reincidência. Metodologia: É um estudo com desenho correlacional e foi desenvolvido num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal (CHAA), com uma amostra não aleatória de 100 participantes, de ambos os géneros, com obesidade mórbida e candidatos à cirurgia bariátrica. O objectivo deste estudo consiste em avaliar os níveis de ansiedade, depressão e auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica, mais concretamente, caracterizar o estado emocional (ansiedade, depressão) dos utentes com obesidade mórbida candidatos à cirurgia bariátrica, verificar a relação entre os níveis de ansiedade, depressão e o auto-conceito, analisando se existem relações significativas entre as dimensões do auto-conceito (aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica, impulsividade/actividade) e a ansiedade e depressão. Pretende-se ainda verificar a relação existente entre o IMC e a ansiedade, depressão e avaliar a relação entre o IMC e o auto-conceito. Para a realização do presente estudo foi administrado um Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond e Snaith (1983) e o auto-conceito através do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de Vaz Serra (1986). Resultados: O estudo sugere uma associação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade, depressão e o auto-conceito em indivíduos com obesidade mórbida. Verificou-se ainda que a ansiedade está presente nos indivíduos com obesidade mórbida mas, de acordo com as análises efectuadas, não parece haver correlações significativas entre a ansiedade, a depressão, o auto-conceito e o IMC. Conclusão: Apesar de alguns estudos revelarem que os indivíduos obesos apresentam uma maior probabilidade de manifestar algum grau de psicopatologia, nem todos os sujeitos apresentam graus significativos de perturbações psicológicas. Esperamos contribuir para ampliar o conhecimento e compreensão dos aspectos psicológicos desta doença, associada às dimensões em análise – depressão, ansiedade e auto-conceito que tem sido estudado, sobretudo, do ponto de vista médico, nutricional e estético, mas ainda de forma incipiente pela psicologia, contribuindo, deste modo, para o aprofundamento desta área e o desenvolvimento de futuros planos de intervenção na praxis da Psicologia Clínica e da Saúde.

Palavras-chave: Ansiedade, Auto-conceito, Cirurgia bariátrica, Depressão, Obesidade mórbida.

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura, a obesidade é descrita como presumivelmente a enfermidade metabólica mais antiga da existência humana (Oliveira, 2006). A Organização Mundial de saúde

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Carla Rocha, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, Praça da Faculdade, 1, 4710-297 Braga. E-mail: eleonoraucp@gmail.com

(OMS, 2003) definiu a obesidade como um problema de saúde pública, sendo já considerada pela sua dimensão, uma das mais graves doenças que o homem tende a enfrentar. A sua elevada prevalência, a dificuldade no controlo e o elevado índice de reincidência, classificam-na como a epidemia do século XXI (Carmo, 2008).

Esta temática tem sido alvo de muitos questionamentos na comunidade científica, entre os profissionais de saúde, principalmente por afectar a qualidade de vida devido às comorbilidades a ela associadas (Direcção-Geral da Saúde, DGS, 2005). A obesidade é uma doença crónica, com génese multifactorial, que exige esforços contínuos no seu controlo, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (ADEXO, 2008). Alterações metabólicas, como a dislipidémia, a hipertensão e a intolerância à glicose, considerados factores de risco para a diabetes e para as doenças cardiovasculares, patenteadas no adulto, podem ser hoje presenciadas nos mais jovens. A obesidade é ainda encarada como factor de risco para outras doenças como apneia do sono, osteoartrite e alguns tipos de cancro, bem como problemas psicológicos e sociais, particularmente na obesidade mórbida (Allen et al., 2003; Oliveira & Fisberg, 2003; Shortt, 2004).

Do ponto de vista quantitativo, para avaliar a presença de obesidade clínica para estudos epidemiológicos, a OMS (WHO, 1997), utiliza o método chamado de Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$), sendo considerada a forma mais objectiva para classificar a obesidade (ver Quadro 1).

QUADRO 1

*Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades
(Adaptado do Programa Nacional de Combate à Obesidade da DGS, 2005, p. 11)*

IMC (Kg/m ²)	Classificação	Risco de Comorbilidades
<18.5	Baixo peso	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
18.5 – 24.9	Variação Normal	Médio
25.0 – 29.9	Pré-Obesidade	Aumentado
30.0 – 34.9	Obesidade Classe I	Moderado
35.0 – 39.9	Obesidade Classe II	Grave
≥40.0	Obesidade Classe III	Muito Grave

A OMS em cooperação com a *International Association for the Study of Obesity* anunciou a nova estimativa de excesso de peso e obesidade no mundo, aproximadamente 1.7 biliões de pessoas (Deitel, 2003). Relativamente à Europa, as taxas mais altas referem-se à Lituânia, Malta, Rússia e Sérvia, e as mais baixas na Suécia, Irlanda, Dinamarca e Reino Unido. Portugal coloca-se entre os países europeus com maior prevalência de excesso de peso e de obesidade. Num trabalho publicado em 2008, Carmo e colaboradores (2000) salientam que a prevalência de excesso de peso e obesidade em Portugal entre 1995 e 1998 era de 49.6%. contudo, entre 2003 e 2005 esta prevalência aumentou para 53.6%, o que mostra que ainda há muito trabalho a realizar para combater esta doença. A elevada prevalência da obesidade em Portugal e a sua taxa de crescimento anual, a morbilidade e mortalidade muito altas que, directa ou indirectamente, a acompanham, a diminuição da qualidade de vida e os elevados custos que determina, bem como a dificuldade do seu tratamento, instituem a preocupação para o Ministério da Saúde que alicerça o Programa

Nacional de Combate à Obesidade desde 2005 (DGS, 2005). A principal questão é que permeia as investigações científicas é a prevalência dessa doença, o rápido progresso, sem distinguir raça, sexo, idade ou nível social (Repetto, Rizzolli, & Bonatto, 2003). Alguns autores enfatizam e atribuem maior peso à hereditariedade e aos factores genéticos (corrente organicista), enquanto outros salientam os factores psicológicos e sociais (corrente psicossomática), embora todos admitam uma interacção de factores de ambos os tipos na origem e desenvolvimento da mesma (Azevedo & Spadotto, 2003). Para compreender com alguma profundidade a obesidade mórbida será necessário adoptar uma análise multidisciplinar, para perceber todas as suas dimensões, como as suas causas, implicações, formas de intervenção e tratamento.

Ansiedade e obesidade mórbida

Um factor bastante citado pela literatura como estando presente na dinâmica da personalidade do indivíduo obeso é a ansiedade. No estudo de Guisado e colaboradores (2002), com indivíduos obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, detectou-se a presença de perturbações psiquiátricas do Eixo I com uma prevalência de 40%, sendo as perturbações afectivas e as de ansiedade as mais frequentes.

Um outro estudo recente (Simon et al., 2006) avaliou a associação entre obesidade e grau de humor, ansiedade e perturbação no uso de substâncias.

No estudo participaram 9.125 indivíduos. Os resultados indicam que as pessoas obesas têm aproximadamente 25% maior probabilidade de apresentar depressão e ansiedade do que a população geral. Essa taxa aumenta para 44% na população branca e com maior grau de escolaridade. Não foi possível determinar no estudo se a depressão conduz à obesidade ou vice-versa, mas os autores ponderam a possibilidade da associação operar nos dois sentidos.

Entre as pesquisas que não referiram a presença elevada de problemas psicológicos, antes da cirurgia, está um estudo realizado em Portugal (Travado, Pires, Martins, Ventura, & Cunha, 2004). Os dados indicam ainda que a perturbação psicológica e de personalidade não são significativas, em termos estatísticos nos utentes obesos. Contudo, verificaram-se algumas alterações de personalidade sugestivas de instabilidade emocional, entre elas, a personalidade compulsiva, tal como uma ténue alteração da ansiedade relativamente ao comportamento alimentar.

Depressão e obesidade mórbida

É bastante conhecida a relevância da depressão no contexto clínico, causando limitações significativas ao indivíduo, à família e à sociedade. Friedman e Brownell (1995), examinando a literatura, observaram discrepâncias entre os estudos, revelando que alguns estudos apontam que a obesidade aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos como é o caso do estudo de Faith e colaboradores (2011), enquanto outros indicam que a obesidade diminui o risco para a depressão e ainda outros referem que a obesidade não tem influência no risco para depressão.

Uma pesquisa (Dixon, Dixon, & O'Brien, 2003) estudou a associação da depressão com obesidade mórbida antes e depois da cirurgia. A amostra foi composta de 487 utentes. A conclusão deste estudo refere que os obesos mórbidos, especialmente as mulheres, com imagem corporal frágil, têm alto risco de desenvolverem depressão. A pesquisa também sustenta a melhoria da sintomatologia depressiva com a perda de peso e suporta a hipótese de que a obesidade mórbida causaria ou agravaria a depressão.

Um outro estudo realizado na Holanda (Gemert, Severeijns, Greve, Grenman, & Soeters, 1998, citados por Oliveira, 2006) investigou os efeitos a longo prazo da perda de peso induzida pela cirurgia no funcionamento psicológico de indivíduos obesos mórbidos. Participaram do estudo, 62 obesos mórbidos. Os resultados psicométricos antes da cirurgia apontaram para somatização, depressão, sentimentos de insegurança, negação de *stress* emocional, incompetência social e uma atitude indiferente em relação a certos aspectos do comportamento interpessoal e baixa auto-estima. Toda a sintomatologia, excepto a somatização foi revertida no pós-cirúrgico. A melhoria da psicopatologia foi determinada e sustentada pelo sucesso da perda de peso e não influenciado pelo procedimento cirúrgico, apontando para o facto de que as perturbações psicológicas no pré-operatório são resultados mais do que a causa da obesidade mórbida.

Veggi, Lopes, Faerstein e Sichieri (2004) descrevem que vários estudos transversais e prospectivos indicam comorbilidade psiquiátrica em sujeitos obesos mencionando que a associação entre obesidade e depressão depende da gravidade da obesidade (Wit et al., 2010). Embora os demais autores se mantenham em uníssono que sustentam uma distribuição análoga de psicopatologia entre obesos e não obesos na população geral, Faith e Allison (1996, citados por Segal, Cardeal, & Cordás, 2002) exprimem que “o júri” ainda está a trabalhar nesta hipótese, sendo prematuro afirmar categoricamente que não há correlatos psicológicos únicos ou particulares da obesidade.

Auto-conceito e obesidade mórbida

Neste contexto, urge avaliar o auto-conceito enquanto recurso para a compreensão dos aspectos psicológicos relativos à obesidade mórbida, na medida em que o que a pessoa pensa sobre si mesma, diz muito sobre a satisfação que extrai da sua vida e das actividades que realiza, sendo um factor de risco ou protector para a sua saúde mental (Bandura, 1986, citado por Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005).

Dos estudos realizados em Portugal, o trabalho realizado por Vaz Serra, Firmino e Matos (1987) comprovou que quanto melhor é a atmosfera familiar, melhor é também o auto-conceito do indivíduo e os seus sentimentos de aceitação social e de auto-eficácia. Alguns estudos referem uma pobre auto-eficácia, auto-confiança (Tanco, Linden, & Earle, 1998) e auto-estima por parte destes utentes (Glinski, Wetzler, & Goodman, 2001). As reacções e atitudes da sociedade em relação à obesidade repercutem-se nas reacções e atitudes dos indivíduos obesos, que tendem a fazer auto-declarações depreciativas e a apresentar um auto-conceito comprometido (Schwatz & Brownell, 2004). As consequências das críticas da sociedade interferem, muitas vezes, na auto-estima e na auto-imagem dos indivíduos com obesidade (Heller, 2006). Castilho (2004, citado por Oliveira, 2005) relata que a insatisfação com a própria imagem é o mediador da relação entre obesidade e estados psicológicos disfuncionais nos adultos. Os dados apontam para a existência de uma realidade social de discriminação que influencia o funcionamento psicológico do indivíduo obeso, existindo como que uma aversão à gordura que contribui para o comprometimento da auto-estima e da auto-imagem (Almeida, Loureiro, & Santos, 2002). Assim, o auto-conceito do indivíduo obeso, referente ao conhecimento que o indivíduo tem de si, abrangendo aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais merece uma atenção acrescida (Sisto, Bartholomeu, Rueda, & Fernandes, 2004).

Cirurgia bariátrica: O papel do psicólogo

No tratamento desta patologia os insucessos devem-se, sobretudo, ao seu carácter unimodal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, específica do modelo

biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do sujeito no seu processo de doença e de tratamento (Reis, 1998, citado por Travado et al., 2004). As variáveis psicológicas, particularmente as variáveis de personalidade, parecem ter um papel essencial nesta patologia (Grana, Coolidge, & Merwin, 1989), pelo que uma abordagem terapêutica que considere as dimensões biopsicossociais da pessoa através de uma equipa multidisciplinar deve ser privilegiada com vista a assegurar o êxito do tratamento desta patologia e a sua manutenção a longo prazo, contribuindo para a melhoria de saúde, qualidade de vida, bem-estar e satisfação dos indivíduos (Travado et al., 2004). Actualmente, a cirurgia bariátrica apresenta uma grande relevância como opção terapêutica essencial para esta doença (Lima, 2008). De acordo com Oliveira, Linardi e Azevedo (2004), um dos principais objectivos da cirurgia bariátrica é tornar o indivíduo “consciente” dos seus problemas, possibilitando o planeamento antecipado de comportamentos alternativos que viabilizem a resolução de tais problemas. Assim, da fase pré-cirúrgica o que se pretende é, efectivamente a avaliação e caracterização psicológica de cada utente, com o fornecimento de parecer técnico sobre as circunstâncias psicológicas para a realização da cirurgia, incluindo critérios clínicos de morbilidade psicológica e de motivação, colaboração e responsabilidade do utente face aos procedimentos de tratamento e transformações relacionadas (Oliveira, Linardi, & Azevedo, 2004). Com base nestes pontos são delimitados graus de prioridade para a realização da cirurgia, tendo em consideração a estabilidade emocional do utente e a sua adesão às condições do tratamento ou a sua indicação para consulta de especialidade prévia ao mesmo. Torna-se crucial ainda abordar a adaptação ao novo estilo de vida que é totalmente distinto ao precedente, uma vez que o utente terá de lidar com condições de privação de alimentos que anteriormente eram ingeridos em grande quantidade. A cirurgia engloba enormes mudanças internas e externas, compreendendo um período de adaptação emocional, física e social, mas sobretudo ao nível da qualidade de vida (Oliveira & Rodrigues, 2006).

Em suma, o papel do psicólogo em todo este processo é o de avaliar se o indivíduo está adequado em termos emocionais para a cirurgia e auxiliá-lo na compreensão de todos os aspectos subsequentes do pré e pós-cirurgia (Ramos, Bruscatto, & Branco, 2006), pois um acompanhamento psicológico proporciona condições para que o utente compreenda a amplitude do processo pelo qual irá passar, ajudando-o a tomar decisões mais conscientes de acordo com cada indivíduo em particular.

METODOLOGIA

Participantes

Este estudo foi realizado numa amostra portuguesa de utentes de ambos os géneros, diagnosticados com obesidade mórbida, candidatos à cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia da Obesidade de um hospital da região norte do país. Definiu-se como população para este estudo (critérios de inclusão) sujeitos de ambos os géneros que frequentassem as Consultas de Cirurgia de Obesidade, que possuíssem como diagnóstico médico Obesidade Mórbida ($IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$), que fossem candidatos à cirurgia bariátrica e que possuíssem capacidade de leitura e/ou compreensão de português, tendo estes critérios sido aplicados no procedimento de recrutamento. Nesta investigação procedeu-se a uma amostragem não aleatória como método de amostragem (Almeida & Freire, 2003). Tendo em consideração os critérios anteriormente mencionados, a amostra final do estudo ficou constituída por 100 utentes. A participação dos utentes foi voluntária sendo estes antecipadamente informados sobre a constituição e objectivos da investigação.

Nenhum dos participantes que compareceram à consulta recusou participar no estudo, sendo a taxa de participação de 100%.

Procedimento de recolha de dados

Para se proceder à recolha de dados foi necessária a formulação de um pedido de autorização por escrito ao Comité de Ética do hospital. A este pedido foi anexada uma breve descrição do projecto de investigação. Após o deferimento do pedido de autorização, o encaminhamento dos utentes para esta investigação foi efectuado na sequência das consultas marcadas, ou seja, os utentes que foram encaminhados para o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental para uma avaliação psicológica para posteriormente serem submetidos à cirurgia bariátrica. Nestas consultas destinadas às avaliações psicológicas destes utentes foi ainda verificado se estes satisfaziam os critérios de inclusão estabelecidos. Caso os critérios estivessem presentes, o utente era convidado a colaborar nesta investigação, sendo-lhe explicado o intuito da sua colaboração, aclarando-se de seguida as finalidades da mesma (e.g., objectivos, metodologia utilizada, relevância do estudo). Todos os participantes foram ainda advertidos de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária e que era garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos.

Instrumentos de avaliação

Na presente investigação e tendo em consideração as variáveis em estudo foram administrados quatro instrumentos de avaliação aos utentes. O questionário sociodemográfico que avalia variáveis como a idade, género, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, especificando o tipo de profissão que exerce, localização da residência, número de filhos e suporte social. Foram ainda acrescentadas duas questões, numa escala tipo *likert*, referentes à sua imagem corporal e satisfação com a vida. O questionário clínico que avalia dados referentes à situação clínica dos utentes, nomeadamente, peso, altura, número de refeições por dia, história familiar de excesso de peso, tratamentos para diminuir peso e o resultado desses tratamentos, problemas de saúde que se desenvolveram/apareceram com o aumento de peso, tempo que passa na cama ou sentado, interferência do peso na vida profissional, saúde actual e recurso a apoio na área da saúde mental.

O “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”- HADS de Zigmond e Snaith (1983) com versão experimental portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999) com o objectivo de avaliar, de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em utentes com patologia física e em tratamento ambulatorio, seleccionando apenas sintomas psicológicos. É uma escala frequentemente utilizada e desenvolvida para uso em contexto hospitalar, composta por 14 itens divididos em duas sub-escalas: Ansiedade (7 itens) e de Depressão (7 itens) que conjuntamente produzem um resultado total. A resposta do instrumento pode variar entre zero (baixo) e três (elevado), numa escala de *Likert* de 4 pontos. Os resultados da escala podem assumir valores de 0 a 21, onde os valores mais elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. Neste sentido, operacionalizando, o grau de gravidade da depressão e ansiedade, este pode ser classificado de normal para o intervalo de valores 0 a 7, leve de 8 a 10, moderada de 11 a 14 e grave de 15 a 21 (Pais Ribeiro, 2007).

O *Inventário Clínico de Auto-Conceito* (ICAC) de Vaz Serra (1986) é um instrumento aferido para a população portuguesa que se destina a avaliar os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito. O ICAC é uma escala subjectiva de auto-avaliação, composta por 20 itens com cinco possibilidades de resposta. Cada questão pode ser classificada numa escala de tipo *Likert* de um a cinco valores. Nas questões negativas as pontuações são revertidas. Este inventário, para além de fornecer uma nota global, possui vários índices que no seu conjunto permitem a análise das percepções que a pessoa tem de si própria, tendo estes índices sido o resultado directo de processos de análise factorial (Vaz Serra, 1986). Este instrumento avalia as seguintes dimensões do auto-conceito: aceitação-rejeição social (F1), auto-eficácia (F2), maturidade psicológica (F3) e impulsividade-actividade (F4) e mais dois factores espúrios que os autores não utilizam embora os refiram nos relatórios de investigação publicados (Pais Ribeiro, 2007). No que respeita à cotação, o inventário está construído no sentido de que “quanto maior o valor global, melhor é o auto-conceito do indivíduo” (Almeida, Simões, & Gonçalves, 1995, p. 160). Esta pode variar de um mínimo de 20 a um máximo de 100 pontos.

Procedimentos de análise de dados

Após a recolha dos dados estes foram processados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 17.0). Os dados referentes à caracterização da amostra em estudo foram obtidos a partir da estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Nas hipóteses do estudo recorreu-se à estatística não paramétrica quando os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância não se encontravam respeitados. Assim, para dar resposta às questões desta investigação, foram utilizadas medidas descritivas e o teste não-paramétrico de *Spearman* para obter os coeficientes de correlação, dado que se pretendia analisar uma relação entre as variáveis. Foram ainda efectuadas algumas análises exploratórias com o intuito de verificar a influência de diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas nas variáveis em estudo (ansiedade, depressão e auto-conceito). Para avaliar a possível existência de diferenças significativas a amostra foi subdividida utilizando o teste de *Kruskal-Wallis* e o teste U de *Mann-Whitney* para as variáveis não paramétricas. No caso de diferenças significativas entre três grupos, foram feitas análises de *post hoc* de *Bonferroni*. Nas análises estatísticas realizadas, assumiu-se um *alfa* igual a .05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro de tipo I for inferior a .05.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra

A amostra é constituída por 100 indivíduos, sendo sete homens (7%) e 93 mulheres (93%), em que 28% dos participantes tem entre 21 e 35 anos ($n=28$), 51% ($n=51$) tem entre 36 e 50 anos e 21% ($n=21$) dos participantes tem idade \geq a 51 anos. Quanto ao *peso* actual dos participantes, verifica-se um valor médio de 112.22 kg ($DP=12.473$; mín.-máx.=83kg-154kg). Em relação ao *Índice de Massa Corporal* actual, este foi ≥ 40 kg/m², sendo o valor médio encontrado de 44.62kg/m² ($DP=4.364$; mín.-máx.=40kg/m²-62kg/m²). No que diz respeito ao *estado civil*, a amostra é composta maioritariamente por indivíduos casados (83%) e dos restantes, 11% são

solteiros e 3% são divorciados. Uma minoria é viúva (2%) ou vive em união de facto (1%). Verifica-se que, no que diz respeito à *residência* dos indivíduos, 67.7% da amostra reside no meio rural e 32.3% vive no meio urbano. Relativamente às *habilitações literárias* verifica-se que, de um modo geral, o grau de escolaridade dos participantes é baixo (79% dos sujeitos têm apenas o primeiro ciclo do ensino básico). Em relação ao *estatuto profissional* dos participantes deste estudo, verifica-se que a maioria se encontra empregado (55%), contudo um número considerável são desempregados (25%). Existem ainda alguns indivíduos reformados (12%) e de baixa médica (5%). Indivíduos estudantes (1%) e com outro estatuto (2%) são uma minoria. Do total da amostra 91% já se submeteu a tratamentos no passado para diminuir o peso, sendo as dietas alimentares e a medicação os tratamentos mais referidos (65%). Não obstante, quando questionados sobre o *resultado desses tratamentos*, 44% da amostra referiu que os *resultados dos tratamentos* foram negativos, 36% mencionaram que foram positivos, enquanto para 11% não houve nenhuma mudança. Por fim, e relativamente à *necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental*, 70% nunca teve necessidade de recorrer a apoio na área da saúde mental, contudo, 30% já recorreu, tendo a maioria recorrido à *intervenção* da psiquiatria.

Morbilidade psicológica: Alterações emocionais

Relativamente à presença de alterações emocionais e quanto ao total do HADS (ver Quadro 2) verificamos um valor médio de 14.47 (*DP*=7.68; mín.-máx.=0-38). Quanto à *sub-escala de ansiedade*, verifica-se nos 100 participantes um valor médio de 8.33, classificada como de intensidade leve (*DP*=4.39; mín.-máx.=0-20). Quanto à *sub-escala de depressão*, verifica-se um valor médio de 6.14 classificada como de intensidade normal (*DP*=3.87; mín.-máx.=0-20). Assim, os utentes apresentam valores médios de ansiedade superiores aos da depressão. Podemos verificar que a maior parte da amostra (45% para a ansiedade e 67% para a depressão) não apresenta valores com significado clínico, apesar de verificarmos a existência duma percentagem não muito baixa de sujeitos com valores de ansiedade moderada (21%).

QUADRO 2
Distribuição da Média (M) e Desvio Padrão (DP) das Sub-Escalas de Ansiedade e Depressão e Valores Clínicos na Amostra em Estudo (N= 100)

Sub-Escalas	M (DP)	Normal	Leve	Moderado	Severa
		(≤7) n %	(8-10) n %	(11-14) n %	(15-21) n %
Ansiedade	8.33 (4.39)	45	25	21	9
Depressão	6.14 (3.87)	67	20	10	3

Quanto ao *auto-conceito total*, verifica-se um valor médio de 75.61 (*DP*=6.02; mín.-máx.=58-88) (ver Quadro 3) que segundo Vaz Serra (1986) se pode considerar dentro dos valores médios para a população normal (70.4±7.8).

Assim, analisando os valores médios obtidos no total do ICAC e em cada dimensão constituinte, podemos verificar que os sujeitos desta amostra tendem a apresentar uma percepção positiva de si próprios, apresentando resultados compatíveis com os valores médios para a população normal.

QUADRO 3

Distribuição da Média (M) e Desvio Padrão (DP) do Total e Dimensões do Auto-Conceito (ICAC) na Amostra em Estudo (N= 100)

	ICAC Total	F1	F2	F3	F4
Média	75.61	18.83	21.70	15.09	11.61
Desvio-Padrão	6.02	1.98	3.24	1.75	1.08
Mínimo	58	12	14	9	8
Máximo	88	22	27	20	14

Correlação entre variáveis

Para analisar a relação entre a ansiedade, depressão e o auto-conceito, variáveis com distribuição não paramétrica, utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman* (ver Quadro 4). Os resultados demonstram que a ansiedade se encontra significativa e negativamente relacionada com o auto-conceito ($r=-.372, p<.001$) e que a depressão se correlaciona significativa e negativamente com o auto-conceito ($r=-.439, p<.001$). Neste sentido, os valores encontrados sugerem que menores níveis de ansiedade e depressão relacionam-se com um auto-conceito mais elevado em obesos candidatos à cirurgia bariátrica. No Quadro 5 (ver Quadro 5) verificamos que o teste de *Spearman's rho* para verificarmos a associação entre o IMC e os níveis de ansiedade e depressão revelou que não se verifica uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC e os níveis de ansiedade ($r=.006, p=.951$) e depressão ($r=.070, p=.487$). Portanto, não se pode verificar a associação proposta de que um elevado IMC corresponde a elevados níveis de ansiedade e depressão.

QUADRO 4

Resultados da Correlação entre o Auto-Conceito, Ansiedade e Depressão nos Indivíduos Obesos Candidatos à Cirurgia Bariátrica (N= 100)

	Coeficiente de Correlação <i>Spearman's rho</i>	<i>p</i>
Auto-Conceito/Ansiedade	-.372*	.000
Auto-Conceito/Depressão	-.439**	.000

Nota. ** $p<.001$.

QUADRO 5

Resultados da Correlação entre o IMC, Ansiedade e Depressão nos Obesos Candidatos à Cirurgia Bariátrica (N= 100)

	Coeficiente de Correlação <i>Spearman's rho</i>	<i>p</i>
IMC/Ansiedade	.006	.951
IMC/Depressão	.070	.487

A análise realizada através do coeficiente de correlação de *Spearman's rho* para avaliar a possível relação entre as variáveis IMC e o auto-conceito demonstram que o IMC não se

correlaciona significativa e negativamente com o auto-conceito ($r=.010, p=.923$), ou seja, podemos verificar que os níveis de auto-conceito dos utentes com obesidade mórbida não estão significativa e negativamente correlacionados com os seus valores de IMC (ver Quadro 6).

QUADRO 6
*Resultados da Correlação entre o IMC e o Auto-Conceito nos Indivíduos Obesos
Candidatos à Cirurgia Bariátrica (N= 100)*

	Coefficiente de Correlação <i>Spearman's rho</i>	<i>p</i>
Auto-Conceito/IMC	.010	.923

Foram ainda realizadas análises exploratórias com o intuito de investigar a relação existente entre as variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias, estado civil, zona geográfica, situação profissional e imagem corporal), as variáveis clínicas (início da obesidade, história familiar de obesidade, interferência da obesidade na vida profissional, tratamentos para diminuir peso, problemas de saúde que se desenvolveram com o aumento de peso e recurso a apoio na área da saúde mental) e as variáveis psicológicas estudadas (níveis de ansiedade, depressão e auto-conceito). As variáveis sócio-demográficas também têm efeito nas variáveis psicossociais, com excepção das habilitações literárias e da zona geográfica. A idade tem efeito na dimensão da auto-eficácia. O estado civil mostrou efeito significativo na dimensão da auto-eficácia e maturidade psicológica. A imagem corporal mostrou efeito na ansiedade e depressão. O efeito da variável clínica início da obesidade mostrou-se estatisticamente significativo para a depressão. Relativamente ao efeito da variável interferência da obesidade na vida profissional também este se mostrou significativo para a ansiedade, depressão, para o total do ICAC, para a dimensão da auto-eficácia e para a dimensão de impulsividade/actividade.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da aplicação do questionário HADS verificamos que a maior parte da amostra não apresenta valores com significado clínico, apesar de verificarmos a existência de uma percentagem considerável de sujeitos com ansiedade moderada. Estes resultados contrariam em parte as expectativas desta investigação, que esperava encontrar níveis mais elevados de ansiedade, visto que ela é apontada por alguns autores como estando associada à obesidade mórbida (e.g., Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Ricca, & Rotella, 1999, e Simon et al., 2006, citados por Gorayeb, Luiz, Júnior, & Domingos, 2005). Nesta investigação a amostra estudada também não apresenta valores estatisticamente significativos ao nível de sintomatologia depressiva, encontrando-se dentro de valores médios para a população normal, contrariando assim as conclusões de alguns estudos em que sujeitos com obesidade apresentavam maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, sobretudo nas mulheres, quando comparado com sujeitos não obesos, pessoas com outras condições crónicas e a pessoas com obesidade de $IMC<35kg/m^2$ (Sullivan et al., 1993).

Analizando os valores médios obtidos no total do ICAC e em cada dimensão constituinte, segundo Vaz Serra (1986) podemos verificar que os sujeitos desta amostra tendem a apresentar

uma percepção positiva de si próprios, apresentando resultados compatíveis com os valores médios para a população normal. Neste sentido, os resultados relativos ao auto-conceito não foram de encontro ao esperado por se enquadrarem nos parâmetros normais para a população geral, o que contraria os dados de alguns estudos que referem uma pobre auto-eficácia, auto-confiança (Tanco et al., 1998) e auto-estima por parte destes indivíduos (Almeida, Loureiro, & Santos, 2002; French, Story, & Perry, 1995; Glinski et al., 2001; Schwatz & Brownell, 2004).

Neste estudo esperávamos encontrar uma correlação entre a ansiedade, depressão e o auto-conceito. Os resultados demonstraram que a ansiedade e depressão se encontram significativa e negativamente relacionadas com o auto-conceito. Neste sentido, os valores encontrados sugerem que menores níveis de ansiedade e depressão relacionam-se com maior auto-conceito em obesos candidatos à cirurgia bariátrica, ou seja, quanto maior é o auto-conceito menores os níveis de ansiedade e depressão nos obesos mórbidos. Estes resultados vão de encontro à literatura, nomeadamente com o estudo de Travado e colaboradores (2004), onde se verificaram correlações negativas e estatisticamente significativas entre o auto-conceito, os níveis de ansiedade e depressão. Os resultados do teste de *Spearman's rho* revelaram que não há uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC e os níveis de ansiedade e depressão. Assim, elevados valores de IMC não estão associados a elevados níveis de ansiedade e depressão. Apesar das perturbações psicológicas serem citadas como comorbilidades da obesidade, o presente estudo verificou que a ansiedade e depressão não se relacionam com o IMC. Os resultados do nosso estudo vão, de algum modo, de encontro a outros estudos mencionados na literatura (Faith & Allison, 1996, citados por Segal et al., 2002; Friedman & Brownel, 1995; Moore, Stunkard, & Srole, 1997; Wadden & Stunkard, 1993; Williamson & O'neil, 1998, citados por Segal et al., 2002). Os nossos resultados indicaram ainda que os níveis de auto-conceito dos utentes com obesidade mórbida não estão significativa e negativamente correlacionados com os seus valores de IMC. Estes resultados vêm contrariar a nossa hipótese, pois esperávamos encontrar dados que indicassem uma correlação entre as variáveis. Apesar de alguns estudos encontrarem associações significativas entre obesidade e auto-estima (French, Story, & Perry, 1995), outros não chegaram a tais resultados, referindo que nem todos os indivíduos obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo, esses sentimentos seriam mais abundantes em pessoas com o início da obesidade na infância, cujos pais e amigos desvalorizam o seu corpo (Stunkard & Wadden, 1992).

Relativamente às análises exploratórias efectuadas foram encontrados efeitos significativos na idade, situação profissional, imagem corporal e interferência da obesidade na vida profissional. Em termos gerais, o efeito da idade mostrou-se estatisticamente significativo para a dimensão de auto-eficácia do ICAC, tal como demonstrado no estudo de Travado e colaboradores (2004), sugerindo que sujeitos com idades compreendidas entre 36 e 50 anos apresentaram mais auto-eficácia do que aqueles com mais de 51 anos. Relativamente ao efeito da situação profissional nas variáveis psicossociais, os resultados indicaram que sujeitos a exercer uma actividade profissional apresentam maior auto-eficácia do que aqueles que estão reformados. Não foram encontrados dados que corroborassem estes dados, sendo um campo interessante para futuras investigações. Em relação à imagem corporal os resultados evidenciaram que sujeitos que nunca se sentem bem com a sua imagem corporal apresentam mais sintomatologia depressiva do que sujeitos que se sentem bem com a sua imagem corporal. Estes dados vão de encontro a outros estudos realizados (Saikili, Soubhia, Scalfaro, & Cordás, 2004; Silva, 2008). As restantes variáveis sócio-demográficas e clínicas não obtiveram resultados estatisticamente significativos. Estes resultados encontrados assemelham-se a outros estudos, nos quais a associação entre factores

sócio-demográficos, clínicos e factores psicossociais nem sempre têm sido corroborados (Lorence Lara, 2008).

Podemos considerar alguns aspectos que poderão contribuir para explicar os resultados no nosso estudo. Apesar de estudos revelarem que indivíduos obesos apresentam uma maior tendência a manifestar algum grau de psicopatologia, no entanto tal não indica que todos os sujeitos apresentem graus significativos de perturbações psicológicas (Faith & Allison, 1996, e Williamson & O'neil, 1998, citados por Segal et al., 2002). Uma das hipóteses da não correlação pode ser explicada por todo suporte oferecido aos utentes do Serviço de Cirurgia de Obesidade da instituição onde recolhemos a amostra para o nosso estudo, para além da hipótese da existência de todo um suporte familiar que acaba por auxiliar os utentes neste processo. Todavia, é importante mencionar que a amostra é candidata à realização da cirurgia e a confiança que têm depositada neste tipo de tratamento poderá estar a aumentar a sua esperança em melhorar e o seu nível de auto-estima, podendo assim contribuir para explicar os resultados no nosso estudo. No entanto, o facto dos sujeitos deste estudo apresentarem níveis de ansiedade, depressão e auto-conceito considerados dentro de valores médios para a população normal leva-nos a colocar a hipótese de que estes dados poderão indicar a tendência que os indivíduos obesos mórbidos têm para se apresentar socialmente de uma forma favorável (desejabilidade social) (Travado et al., 2004) dissimulando dificuldades pessoais e procurando a aceitação e aprovação dos outros, neste caso particular, tendo em vista a selecção para a cirurgia.

Finalizando, de forma divergente de alguns estudos (Guisado et al., 2002; Simon et al., 2006) não foram encontrados, no presente estudo, indicadores de problemas emocionais nos indivíduos obesos em maior proporção. No entanto, os resultados deste estudo são semelhantes a alguns estudos referidos na literatura quanto à suposição de que a psicopatologia presente nos casos de obesidade é semelhante à da população geral (Faith & Allison, 1996, citados por Segal et al., 2002; Friedman & Brownell, 1995; Moore, Stunkard & Strole, 1997; Williamson & O'neil, 1998, citados por Segal et al., 2002). Ou seja, os indivíduos com obesidade mórbida não apresentam necessariamente índices elevados de psicopatologia quando comparados com indivíduos não obesos. Assim, a linha de pesquisa que visa explorar as relações entre obesidade mórbida e psicopatologia continua ainda em aberto.

CONCLUSÕES

Esta investigação surgiu como uma tentativa de aumentar o conhecimento da comunidade científica acerca da obesidade mórbida. A realização deste trabalho permitiu-nos, sobretudo, compreender melhor as características do grupo de obesos avaliados, bem como as dificuldades com que estes se deparam. Neste sentido, podemos tecer algumas considerações acerca de orientações para a intervenção e prevenção. Por um lado, é fundamental repensar a avaliação dos candidatos à cirurgia bariátrica salientando-se a importância de um maior acompanhamento por parte destes sujeitos ao longo de todo o processo. A maioria dos pesquisadores defende a posição de cautela na generalização sobre o aspecto psicopatológico na obesidade (Fabricatore & Wadden, 2003; Wajner, 2000). O importante é perceber quando e como a psicopatologia aparece e que papel ela desempenha, dependendo de cada caso. Mais do que compreender a causa e as consequências da obesidade, é necessário falar em prevenção. Com a dificuldade de se diagnosticar e tratar a

obesidade, questões acerca da prevenção e promoção da saúde devem ser contempladas. A prevenção da obesidade mórbida assume uma importância fundamental uma vez que esta epidemia de saúde pública tem aumentado largamente nos últimos anos. Contudo, devemos repensar a filosofia dos programas de prevenção tendo presente a necessidade de encarar os indivíduos de forma holística, destacando-se a importância de programas de intervenção de carácter multidisciplinar e ecológico.

Seria igualmente interessante analisar até que ponto o contexto de avaliação influencia os resultados dos indivíduos. E, porque não, tentar clarificar a direcção da (possível) relação: é o auto-conceito (e suas dimensões) que é influenciado pela obesidade ou é ele que influencia o comportamento dos indivíduos colocando-os em maior risco de desenvolver este quadro clínico (estratégias de *coping* inadaptadas)? Entre outros aspectos, torna-se evidente a importância de trabalhos futuros na reformulação destas e de outras questões.

Finalizando, espera-se que as informações descritas neste estudo possam contribuir com novos questionamentos e instigar novas investigações neste domínio. Esperamos com este trabalho, contribuir para ampliar o conhecimento e compreensão dos aspectos psicológicos desta doença, associada às dimensões em análise – depressão, ansiedade e auto-conceito que tem sido estudado, sobretudo, do ponto de vista médico, nutricional e estético, mas ainda de forma incipiente pela psicologia, contribuindo, deste modo, para o aprofundamento desta área e o desenvolvimento de futuros planos de intervenção.

REFERÊNCIAS

- Allen, M., et al. (2003). A survey of obesity management practices of pediatricians. In New Jersey. *Topics in Clinical Nutrition*, 18(3).
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, G. A., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). Obesidade Mórbida em Mulheres: Estilos alimentares e qualidade de vida. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 51(4), 359-365.
- Almeida, L., Simões, M., & Gonçalves, M. (1995). *Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- Associação de Obesos e Ex-obesos de Portugal (ADEXO). (2008). *Obesidade é um risco para a sua saúde*. Retirado a 23 de Janeiro de 2009 da World Wide Web do site: <http://www.adexo.pt/2008.html>.
- Azevedo, M., & Spadotto, C. (2003). Estudo psicológico da obesidade: Dois casos clínicos. *Temas em psicologia da sociedade brasileira de psicologia*, 2004, 12(2).
- Carmo, I. (2008). Prevalência de pré-obesidade e obesidade em idade adulta, no mundo. In Carmo, Santos, Camolas, & Vieira (Eds.), *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Carmo, I., et al. (2000). Estudo da prevalência da obesidade em Portugal. *Boletim da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade*, 3-5.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controlo e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 39-46.
- Deitel, M. (2003). Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people. *Obesity Surgery*, 13, 329-330.

- Direção-Geral da Saúde, DGS. Ministério da Saúde de Portugal. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular normativa n.º 03*, 25. Retirado a 12 de Dezembro de 2009 da World Wide Web do site: <http://www.adexo.pt/pdfs/programanacional.pdf>.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine*, 163(17), 2058-2065.
- Fabricatore, A. N., & Wadden, T. A. (2003). *Psychological functioning of obese individuals. Diabetes Spectrum*, 16(4), 246-251.
- Faith, M. S., et al. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, 12, e438-e453.
- French, S., Story, M., & Perry, C. (1995). Mental Health Disorders. *President's Council on Physical Fitness and Sports Report*, 4(1).
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3-20.
- Glinski, J., Wetzler, S., & Goodman, E. (2001). The psychology of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 11.
- Gorayeb, R., Luiz, A., Júnior, R., & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 35-39.
- Grana, A. S., Coolidge, F. L., & Merwin, M. M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5).
- Guisado, M. J. A., Vaz, F. J., et al. (2002). Psicopatologia en pacientes com obesidad mórbida poscirugía gástrica. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13(1), 29-34.
- Heller, D. (2006). Obesidade infantil: tratamento comportamental. In Guilhardi & Aguirre (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*, 17. São Paulo: ESETEC.
- Lima, J. V. (2008). *Cirurgia da obesidade: Caracterização psicossocial e psicopatológica dos candidatos*. Dissertação de mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco.
- McIntyre, T., Pereira, M. G., Soares, V., Gouveia, J., & Silva, S. (1999). Escala de ansiedade e depressão hospitalar. Versão portuguesa de investigação. Universidade do Minho: Departamento de Psicologia.
- Moore, M. E., Stunkard, A., & Srole, L. (1997). Obesity, social class and mental illness. *Obesity Research*, 5(5).
- Oliveira, C. (2005). *Análise das variáveis psicossociais na adesão ao tratamento da obesidade*. Salvador: Universidade Salvador, Unifacs.
- Oliveira, C., & Fisberg, M. (2003). Obesidade na infância e adolescência: Uma verdadeira epidemia. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabólica*, 47(2), 107-108.
- Oliveira, J. H. (2006). *Aspectos psicológicos de obesos de grau III antes e depois de cirurgia bariátrica*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica.
- Oliveira, L., & Rodrigues, M. (2006). *As principais mudanças ocorridas na vida de sujeitos que se submeteram à cirurgia bariátrica: Relatos de pacientes e profissionais envolvidos*. Salvador: Universidade Salvador, Unifacs.
- Oliveira, V., Linardi, R., & Azevedo, A. (2004). Cirurgia bariátrica: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), 199-201.
- OMS. (2003). Obesity and overweight. In World Health Organization. *Global Strategy on diet, physical, activity and health*. Washington: WHO.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.

- Ramos, M., Bruscato, G., & Branco, A. (2006). Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Psicologia Argumento*, 24(45), 59-65.
- Repetto, G., Rizzolli, J., & Bonatto, C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, there and everywhere. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia*, 47(6).
- Saikili, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem Corporal nos transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.
- Schwartz, M., & Brownell, K. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Segal, A., Cardeal, M. V., & Cordás, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 29(2), 81-89.
- Shortt, J. (2004). Obesity: A public Health Dilemma. *Association of Operating Room Nurses – AORN Journal*, 80(6), 1069-1078.
- Silva, G. L. (2008). *Percepção da imagem corporal em mulheres com depressão*. Bauru: Universidade estadual paulista, UNESP.
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., et al. (2006). Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. *Archives General Psychiatry*, 63, 824-830.
- Sisto, F., Bartholomeu, D., Rueda, F., & Fernandes, D. (2004). Auto-conceito e emoções. In Machado, Almeida, Gonçalves, & Ramalho (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, 10. Braga: Psiquilíbrios.
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjostrom, L., Backman, L., et al. (1993). Swedish Obese Subjects (SOS): An intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, 17, 503-12.
- Tanco, S., Linden, W., & Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *Journal of Eating Disorders*, 23(8), 325-339.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise psicológica*, XXII(3), 533-550.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. P. (1987). Auto-conceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8.
- Veggi, A., Lopes, C., Faerstein, E., & Sichieri, R. (2004). Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns de uma Universidade do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 242-247.
- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1993). Psychosocial consequences of obesity and dieting: Research and clinical findings. In A. J. Stunkard & T. A. Wadden (Eds.), *Obesity: Theory and therapy* (pp. 163-177). New York: Raven Press.
- Wajner, S. M. (2000). Aspectos dinâmicos, psicossociais e comportamentais da obesidade. *Aletheia*, 12, 91-97.
- WHO. (1997). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO.
- Wit, L. M., et al. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1057-1065.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Anxiety Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 7, 361-370.

Obesity is a public health problem, in view of its high prevalence, the difficulty in the control and in the raised index of relapse. Methodology: This is a study with a correlational design which was developed in a Hospital Center of the Region North of Portugal (CHAA), with a non-random sample of 100 participants, of both genders, with morbid obesity and candidates to bariatric surgery. The objective of this study is to assess levels of anxiety, depression and self-concept in obese patients about to undergo bariatric surgery, specifically, to characterize the emotional state (anxiety, depression) of users morbidly obese candidates for bariatric surgery, verify the relationship between levels of anxiety, depression and self-concept, analyzing whether there are significant relationships between dimensions of self-concept (acceptance/rejection of social self-efficacy, psychological maturity, impulsivity/activity) and anxiety and depression. Another objective is to assess the relationship between BMI and anxiety, depression, and evaluate the relationship between BMI) and self-concept. For the realization of this study was administrated a socio-demographic and clinical questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) of Zigmond and Snaith (1983) and the Clinical Inventory of Self-Concept (ICAC) of Vaz Serra (1986). Results: The results indicate a statistical significant association between levels of anxiety and depression and the self-concept in individuals with morbid obesity. It was also verified that it does not exist a statistical significant correlation between the body mass index (BMI) and the levels of anxiety, depression and self-concept. It was also verified that anxiety is present in individuals with morbid obesity but there are not significant correlations between anxiety, depression, self-concept and BMI. Although some studies show that obese individuals have a higher predisposition to express some degree of psychopathology, however this does not indicate that all the subjects present significant degrees of psychological disturbances. We hope to help expand the knowledge and understanding of the psychological aspects of this disease, associated with the dimensions of analysis – depression, anxiety and self-concept that has been studied mainly in terms of medical, nutritional and aesthetic, but only incidentally by psychology, thus contributing to the further development of this area and future plans for intervention in the practice of Clinical Psychology and Health.

Key-words: Anxiety, Bariatric surgery, Depression, Morbid obesity, Self-concept.